FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N° 430

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

LARTIGUE, Jean-Joseph-Marie-Georges

Né le 25 Octobre 1906 à TARBES (Hautes-Pyrénées)

Le Lichen Plan est-il une Allergide Mycosique

Le Président : Mr GOUGEROT, Professeur

IMPRIMERIE MOUYSSET
203, Rue d'Alésia, 203
PARIS

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

LARTIGUE, Jean-Joseph-Marie-Georges

Né le 25 Octobre 1906 à TARBES (Hautes-Pyrénées)

Le Lichen Plan est-il une Allergide Mycosique

Le Président : Mr GOUGEROT, Professeur

IMPRIMERIE MOUYSSET
203, Rue d'Alésia, 203
PARIS

—

1930

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
Alajouanine ..	*Neurologie et psychiâtrie.*
Aubertin	*Pathologie médicale.*
Bénard (Henri).	*Pathologie médicale.*
Binet	*Physiologie.*
Blanchetière —	*Chimie biologique.*
Brocq	*Pathologie chirurgicale.*
Brulé	*Pathologie médicale.*
Cadenat	*Pathologie chirurgicale.*
Cathala	*Pathologie médicale*
Chabrol	*Pathologie médicale.*
Chevallier	*Pathologie médicale.*
de Gaudart d'Allaines ...	*Pathologie chirurgicale.*
Dognon	*Physique.*
Donzelot	*Pathologie médicale.*
Ecalle	*Obstétrique.*
Fey	*Urologie.*
Garnier	*Pathologie expérimentale*
Gastinel	*Bactériologie.*
Gatellier	*Pathologie chirurgicale.*
Giroud	*Histologie.*
Harvier	*Pathologie médicale.*
Hovelacque	*Anatomie.*
Hutinel	*Pathologie médicale.*
Joannon	*Hygiène.*
Joyeux	*Parasitologie.*
Labbé (Henri)..	*Chimie biologique.*
Laroche (Guy).	*Pathologie médicale.*
Lemaitre	*Oto-rhino-laryngologie.*
Leroux	*Anatomie pathologique.*
Leveuf	*Pathologie chirurgicale.*
Lévy-Valensi ..	*Neuro-psychiâtre.*
Lian	*Pathologie médicale.*
Mercier (Fern.)	*Pharmacologie.*
Mondor	*Pathologie chirurgicale.*
Moreau	*Pathologie médicale*
Moulonguet ...	*Pathologie chirurgicale.*
Moure	*Pathologie chirurgicale.*
Mulon	*Histologie.*
Oberling	*Anatomie pathologique.*
Olivier	*Anatomie.*
Piédelièvre ...	*Médecine légale.*
Portes	*Obstétrique.*
Quénu	*Pathologie chirurgicale.*
Richet	*Physiologie.*
Sézary	*Dermatologie et syphiligraphie.*
Vallery-Radot (Pasteur)	*Pathologie médicale.*
Vaudescal	*Obstétrique.*
Velter	*Ophtalmologie*
Verne	*Histologie.*
Vignes	*Obstétrique.*

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS EN EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
Busquet	*Pharmacologie.*	Neveu-Lemaire	Parasitologie.
Guéniot	Obstétrique.	Retterer	Histologie.
Lequeux	Obstétrique.	Zimmern	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Alglave	Clinique chirurgic.	Léri	Clinique médicale.
Auvray	Clinique chirurgic.	Mocquot	Clinique chirurgic.
Chevassu	Clinique chirurgic.	Proust	Clinique chirurgic.
Laignel-Lavastine	Clinique médicale.	Schwartz	Clinique chirurgic.
Le Lorier	Clinique obstétric.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. Mauclaire, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
Frey	Stomatologie.
Chaille-Bert	Education physique.
Ledoux-Lebard	Radiologie clinique.
Weil-Hallé	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Chef d'Escadron
(*Légion d'Honneur, Croix de Guerre,* 5 *Citations*)

Tombé au Champ d'Honneur le 7 juin 1918

A MA MERE

Respectueux Témoignage
de mon très profond amour filial

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur GOUGEROT,

Professeur de Clinique Dermatologique
à la Faculté de Médecine

Que nous tenons à remercier particulièrement pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAITRE

M. le Professeur H. JAUSION,

Professeur agrégé au Val-de-Grâce

Qui nous a fourni le sujet de cette thèse et nous a aidé de ses conseils ; qu'il veuille bien accepter ici le témoignage de notre gratitude et de notre respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Professeur LEJARS,
M. le Professeur WIDAL (in memoriam)

Externat

M. le Docteur RIBIERRE (in memoriam)
M. le Docteur CHEVALLIER.
M. le Professeur DELBET.
M. le Docteur FAROY.
M. le Professeur agrégé DONZELOT.
M. le Docteur KUSS.
M. le Docteur Lortat JACOB.
M. le Docteur CATTALA.
M. le Docteur TINEL.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX MILITAIRES

dont l'enseignement et la bienveillance m'ont été une aide précieuse au cours de mes études.

AU DOCTEUR GARRELON

Chef des Travaux Pratiques de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris.

TABLE DES MATIERES

Chapitre premier. — Définition du Lichen Plan. — Le lichen nitidus ; le lichen trichophytique.

Chapitre II. — Théories étiologiques et pathogéniques du lichen plan.

Chapitre III. — Critique de ces théories.

Chapitre IV. — Pathogénie du lichen trichophytique. — Les Trichophytides.

Chapitre V. — Les Tests du parasitisme mycosique.

Chapitre VI. — Observations.

Chapitre VII. — Interprétation des Observations.

Chapitre VIII. — Conclusions.

INTRODUCTION

Les observations et les discussions récentes, si elles ont presque concilié les diverses théories relatives à l'étiologie et à la pathogénie du lichen plan, n'ont cependant pas résolu le problème.

Par contre, les intradermo-réactions à la trichophytine polyvalente et les résultats obtenus par les clasovaccins et la solution de Lugol, tests du parasitisme mycosique et de ses séquelles allergiques, ont permis de préciser l'origine mycosique de tout un groupe de lésions cutanées dont l'étiologie et la pathogénie nous étaient jusqu'alors inconnues et de les rassembler en un groupe de lésions cutanées « aparasitaires » survenant chez des malades sensibilisés aux déchets mycéliens par une lésion mycosique antérieure. De ce groupe font partie les trichophytides, en particulier le lichen trichophytique ; mais ce dernier n'est pas un vrai lichen.

Cependant cinq cas de lichen ruber planus que nous avons eu l'occasion de traiter dans le service du Professeur Jausion, au Val-de-Grâce se sont comportés exactement comme des lichens trichophytiques, comme des mycosides : intradermo-

réactions positives et guérison par l'injection de claso-vaccins.

Sans affirmer d'emblée que certains lichens plans puissent être les manifestations d'une allergie cutanée vis-à-vis d'antigènes mycéliens, nous voulons, avant d'exposer ces observations, tenter une mise au point de l'étude du lichen plan et comparer cette entité morbide au lichen trichophytique, réaction cutanée de pathogénie déjà connue.

Le plan de ce travail figure sous forme de table des matières en tête de ces pages.

Nous tenons à remercier ici M. le Professeur Jausion d'avoir inspiré et guidé cette thèse, et voulons lui dire toute notre reconnaissance pour l'extrême bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli dans son service.

Notre gratitude va également à ses collaborateurs, M. le Docteur Sohier et M. le Docteur Noyer, auprès desquels nous avons trouvé maintes fois appui et conseil.

CHAPITRE PREMIER

Définitions

A côté du lichen, entité morbide, ont été groupées une série de lésions cutanées, simulant le lichen, mais qui ne sont en réalité que des modifications plus ou moins durables de l'aspect et de la structure du tégument, caractérisées par une anatomopathologie différente de celle du lichen plan.

Ce groupe des

Lichénifications anormales

de Brocq et de Pautrier comprend :

1° *Les lichénifications :* elles sont définies par leur histopathologie : hyperkératose très marquée avec parfois parakératose :

— pas de bouleversement dans la répartition de l'éleidine ;

— papilles allongées ;

— infiltration dermique légère diffusée dans les parties profondes, très marquée dans le corps papillaire ;

— dans le corps muqueux, cellules migratrices insinuées entre les cellules épineuses dont certaines sont altérées.

2° *Le lichen corné obtusus :* « lichénification nodulaire chronique » (Brocq).

3° *Le lichen ruber moniliformis de Kaposi :* papules hémisphériques en chapelet.

4° *Le lichen spinulosus :*
Hyperkératose à localisation folliculaire ; réaction cutanée consécutive à des affections diverses de la peau, par exemple lichen plan, syphilides péripilaires.

5° *Le lichen corné hypertrophique :* forme anormale de lichénification : la lichénification verruqueuse pouvant exister à l'état isolé ou compliquer d'autres dermatoses. Les lésions en général radio-résistantes montrent au microscope :

Dans l'épiderme : hyperkératose intense ;
hyperacanthose énorme ;
granuleuse très épaissie mais épaissie régulièrement ;
basale non effritée, les cellules basilaires existant partout.

Dans le derme :
pas d'amas cellulaires ;
pas de néoformations nerveuses ;
infiltrat à type inflammatoire chronique irrégulièrement réparti ;
aspect angiomateux dû à des néoformations vasculaires très abondantes.

Lichen *vrai*

En opposition le lichen vrai, lichen ruber de Hêtra ou lichen planus de Wihon est une dermatose papuleuse, individualisée par sa papule qui présente les caractères anatomo-pathologiques suivants :

1° Hyperacanthose : hypertrophie du corps muqueux de Malpighi.

2° Irrégularité de la couche granuleuse, due à une inégale répartition de l'éleidine.

3° Kératose : couche cornée, épaissie, cohérente, chargée de graisse et formée de cellules sans noyau, normales.

4° Papules inclinées et élargies en coupoles, donnant un aspect festonné à la ligne de séparation du derme et de l'épiderme.

5° Présence dans le corps papillaire d'un infiltrat diffus formé de petites cellules rondes, certaines cellules étant à l'état de dégénérescence colloïde.

6° Cet infiltrat est limité à la papule épidermique, et sa limite inférieure est toujours très nette.

7° Disposition des cellules cylindriques basilaires et des cellules de Langerhans à la base de l'épaississement épidermique.

8° Présence de néo-formations nerveuses dans la papule.

On distingue quelques variétés de lichen plan :

1° De variétés suivant le siège (régions pal-

maire et plantaire, muqueuse buccale) ou l'aspect (lichen annulatus, marginatus, zoniforme...).

2° Des formes atypiques de lichen plan.

a) *Lichen plan atrophique ou scléreux*

Dans lequel les papules s'affaissent en leur centre qui devient cicatriciel ; modification due à l'interposition d'une bande de sclérose entre l'épiderme et l'infiltrat.

b) *Lichen plan obtusus de Unna*

Caractérisé par les élevures disséminées, sèches, du volume d'un pois, brunâtres ou violacées, sans squames, sans prurit, laissant des pigmentations fréquentes.

Une variété spéciale de lichen plan mérite de retenir notre attention, c'est le :

LICHEN NITIDUS

Il fut décrit pour la première fois par Pinkus en 1901. Il est caractérisé par de petites papules planes, brillantes ,blanches ou légèrement bistrées, non prurigineuses.

L'éruption est soit localisée au fourreau de la verge en général, soit généralisée avec prédominance dans les plis de flexion.

Jeanselme, Burnier et Arndt font du lichen nitidus une tuberculide en s'appuyant sur les faits suivants :

A. — *Signes cliniques*

Comparées à celles du lichen plan, les papu-

les du lichen nitidus sont plus petites et moins violacées, gardent leur individualité propre, ne possèdent pas de stries opalines, n'existent pas sur la muqueuse buccale.

B. — *Signes anatomo-pathologiques*

On trouve dans le derme de la papule du lichen nitidus un véritable nodule tuberculoïde avec cellules épithélioïdes, lymphocytes, cellules géantes.

Le lichen nitidus est amélioré par l'injection de tuberculine.

C. — *Argument thérapeutique*

Civatte et d'autres dermatologues, par contre, font du lichen nitidus une forme atypique de lichen plan en se basant sur les faits suivants:

A. — *Signes cliniques :*

Maintes observations citent des cas de lichen nitidus cutané, s'accompagnant de lichen plan buccal. Dans le lichen nitidus comme dans le lichen plan, le siège de prédilection des papules est sur la région des poignets, de plus les lésions plantaires et palmaires sont semblables cliniquement dans les deux variétés.

B. — *Signes anatomo-pathologiques :*

Darier cite des cas dans lesquels l'examen des papules de lichen plan typique a montré une structure franchement tuberculoïde ; d'autre part, Civatte, par comparaison de nombreuses coupes histologiques, a trouvé toute une gamme de lésions intermédiaires entre celles du lichen nitidus et cel-

les du lichen plan : tantôt dominent les réactions inflammatoires simples du corps muqueux qui s'hypertrophie au-dessus de l'infiltrat (lichen plan), tantôt prévalent les phénomènes de dégénérescence dans lesquels la réaction malpighienne est moindre, mais où la portion inférieure du corps muqueux se nécrose, et où les couches superficielles incapables de se kératiniser normalement restent en parakératose (lichen nitidus).

Pour Civatte, cette alternance dans un même processus de réactions inflammatoires et de phénomènes de dégénérescence doit être question d'allergie.

C. — Le lichen nitidus ne coïncide jamais avec d'autres tuberculides, argument s'opposant à l'action thérapeutique de la tuberculine.

Ainsi, pour une variété, légitime selon certains, de lichen plan, a déjà été invoquée la pathogénie allergique. Fait à retenir, l'antigène en cause serait la substance chimique d'une myco-bactériacée : le bacille tuberculeux. Cette notion, nous allons maintenant la retrouver dans une forme plus aberrante encore, mieux même dans un « simulacre de Lichen » que la grossière similitude clinique a fait dénommer :

Lichen trichophytique

Le lichen trichophytique, décrit pour la première fois en 1911 par Jadassohn est caractérisé anatomo-pathologiquement par une lésion folliculaire (Guth) et cliniquement par une éruption

précédée en générale d'une poussée thermique avec atteinte de l'état général. Cette éruption est formée de petites papules folliculaires, côniques ou planes, d'un rose pâle, disséminées ou en groupe, siégeant de préférence sur le tronc et les membres.

Le lichen trichophytique est classé actuellement dans le groupe des trichophytides, ainsi définies par Darier : « éruptions disséminées ou régionales qui se produisent parfois chez des sujets généralement jeunes, atteints d'épidermomycoses profondes, surtout de trichophyties suppurées et de Kérion, et apparaissant plutôt à la période de déclin, soit spontanément, soit à la suite d'injection de Trichophytine ».

CHAPITRE II

Etiologie et pathogénie du lichen plan

Deux groupes d'hypothèses :

1° Le lichen plan est dû à une disposition constitutionnelle de la peau, à une diathèse, ou à un dysfonctionnement du système neuro-végétatif.

2° Le lichen plan a une cause toxinienne, microbienne ou parasitaire.

Mais avant d'exposer ces diverses théories, nous éliminerons les faits qui, cités à l'appui de leurs opinions par les partisans de théories opposées, ne peuvent par conséquent nous convaincre ni dans un sens, ni dans l'autre.

Tels sont les cas de lichens plans familiaux, l'action thérapeutique de l'Arsenic, les caractères cliniques et histologiques de la papule du lichen plan, et les phénomènes initatoires.

Chacune de ces allégations peut être argumentée :

— Les cas de lichens plans familiaux peuvent militer autant en faveur d'une prédisposition familiale que d'une contagion.

— L'arsenic a une action thérapeutique indiscutable, mais il peut agir soit par choc humoral, soit comme médicament antispirillaire, soit par l'intermédiaire du système nerveux puisque, comme la Radiothérapie, s'il est capable de provoquer des guérisons, il provoque parfois une apparition ou une exacerbation de lichen plan.

— Les caractères cliniques et histologiques si particuliers de la papule de lichen plan semblent imposer l'idée d'une véritable entité morbide, et Unna attribue cet aspect caractéristique à un défaut d'oxygène provoqué par un germe infectieux doué de propriétés réductrices, mais pour Samberger, le défaut d'oxygène est provoqué par la diathèse hyperkératosique.

— Enfin les apparitions de lichen plan à la suite de phénomènes irritatoires ont servi d'argument pour certains (Jadassohn, Kyrle), en faveur de la nature infectieuse du lichen plan, mais il s'agit plus vraisemblablement d'une action localisatrice déterminante sur un malade en état de « dermographie lichénienne » (Jaquet).

Nous rangerons dans ces faits d'irritation les cas dans lesquels Bory a vu apparaître un lichen plan à la suite d'une piqûre de moustique ou de punaise ; ces éclosions de lichens ne nous semblent pas suffisantes pour établir des présomptions sérieuses en faveur de la transmissibilité et de

l'inoculabilité du lichen plan, mais doivent être envisagées plutôt comme le fait d'un « effet irritatif isomorphe » (isomorphes Reizeffekt de Kobner.

I. — Théories diathésiques

Pour Buscke, le lichen plan consiste en une prédisposition constitutionnelle de la peau, en une diathèse lichénique et en une orientation spéciale vers le lichen du système neuro-végétatif ; autrement dit, il existe des gens atteints de lichen latent susceptible d'être réveillé par les excitations les plus diverses.

— Pour Samberger, la nature de l'affection repose sur une diathèse hyperkératosique. Il distingue deux sortes de diathèses :

1° *La diathèse parakératosique :*

A la suite d'un affaiblissement de vitalité des cellules de la couche cornée, la peau réagit aux impulsions morbides les plus diverses par une formation exagérée de squames (psoriasiques).

2° *La diathèse hyperkératosique :*

Inverse de la précédente et dans laquelle les cellules cornées douées d'une vitalité plus intense réagissent par une kératinisation excessive aux excitations les plus diverses. Chez les porteurs de cette diathèse, n'importe quelle affection cutanée, inflammatoire ou non, prend un aspect lichénoïde, et ce que nous appelons lichen plan, c'est une affection cutanée banale survenue chez un sujet porteur d'une diathèse hyperkératosique.

De même que le psoriasis serait un impétigo staphylococcique chez un sujet à diathèse parakératosique, de même le lichen plan serait un eczéma chez un sujet à diathèse hyperkératosique ; ces hypothèses font donc du lichen plan une maladie diathésique typique.

Cette diathèse serait le plus souvent congénitale, parfois acquise, apparaissant sous l'influence d'un facteur occasionnel, l'Arsenic par exemple, sous l'influence de troubles des sécrétions internes (thymus, glandes génitales...), sous l'influence d'un affaiblissement général de l'organisme ou encore sous des influences nerveuses, mais Samberger exclut les influences microbiennes.

En faveur de cette théorie diathésique, faisant du lichen plan un eczéma survenu chez un sujet porteur d'une diathèse hyperkératosique, Samberger donne les arguments suivants :

1° Un eczéma banal provoqué par une primulacée se manifeste parfois sous la forme de papules exactement semblables à celles du lichen plan.

2° Chez certains malades, l'évolution et l'aspect clinique des lésions ont montré que l'eczéma et le lichen pouvaient se transformer l'un en l'autre.

3° Dans le lichen comme dans l'eczéma, on trouve deux facteurs anatomopathologiques identiques et indépendants :

a) L'inflammation ;

b) L'hypersécrétion de lymphe, pouvant donner l'eczéma pemphigoïde ou le lichen pemphigoïde.

4° A la coexistence de lichen et de psoriasis sur le même malade, Samberger réplique par des différences locales d'état diathésique et des changements temporaires de cet état diathésique sous l'influence de dysfonctionnement des glandes à sécrétion interne.

II. — Théorie nerveuse

C'est la théorie la plus ancienne, fondée pendant longtemps sur les observations montrant la fréquence du lichen chez les névropathes ou l'apparition du lichen après des traumatismes psychiques, des émotions violentes. Cette notion du terrain névropathique ne nous paraît nullement probante étant donné que l'on n'a pas observé pendant la guerre une recrudescence de lichen, que cette notion n'explique pas les cas de lichen observés chez des nourrissons en bonne santé, et qu'un choc moral peut entraîner des modifications humorales profondes ; d'ailleurs des faits comparables sont observés dans le zona et l'herpès dont la nature infectieuse ne fait pas de doute. Il n'en reste pas moins vrai que les partisans de la théorie nerveuse allèguent des faits indiscutables :

1° *La présence fréquente de signes nerveux associés :* prurit, insomnies, céphalées...

2° *La topographie particulière de l'éruption* dans certains cas : disposition symétrique ou zoni-

forme (zones de Head, lignes de Lauger, lignes de Voigt...).

3° *L'importance et la précocité de la pigmentation et les troubles de la mélanogénèse.*

Or les phénomènes pigmentaires et nerveux sont toujours associés : maladie de Recklinghausen, nœvi pigmentaires, dans lesquels tout récemment Masson prouvait que les cellules de Merkel-Ranvier unanimement considérées comme faisant partie du système nerveux et les cellules pigmentogènes de Langerhans étaient des éléments différenciés d'une même souche ; maladie d'Addison où dans certains cas la pigmentation, en l'absence de lésions des surrénales, paraît due à des lésions des ganglions sympathiques.

4° *La disparition du prurit et des papules par ponction lombaire :* provenant de l'action parasympathicotonique de la ponction lombaire qui serait un test du parasympathique analogue à l'épreuve de la pilocarpine (Ramel, Margarot).

5° *La présence dans la papule de lichen plan de néoformations nerveuses,* constatées récemment par Pautrier et Diss, les amènent à conclure que le lichen plan paraît initialement commandé par des néoformations de tissu nerveux et par des lésions nerveuses au niveau de la papule, mais il est encore impossible de se prononcer sur l'origine centrale ou périphérique de ces lésions et sur le mécanisme qui les déclanche.

6° *L'action thérapeutique remarquable des rayons X* a été constatée pour la première fois par

Pautrier et Diss après des irradiations profondes de la région médullaire et par Gouin et Bienvenue après des irradiations superficielles du sympathique.

Plus récemment l'action des radiations X sur le sympathique a été démontrée par la belle expérience de J. Rother et par l'action thérapeutique des ultra-violets et des irradiations aux rayons X de la seule région axillaire.

J. Rother a montré que l'hyperglycémie notable provenant de la réserve en glycogène du foie, obtenue normalement après irradiation de la région hépato-abdominale ne se produit pas si l'on sectionne auparavant les nerfs splanchniques, ou si l'on injecte l'ergotine, inhibitrice du système sympathique.

La guérison obtenue après irradiation aux rayons X de la région axillaire ou après des irradiations aux ultra-violets amène à considérer ces irradiations comme agissant sur les plexus sympathiques du derme. D'autre part, l'action de la ponction lombaire et les résultats thérapeutiques des irradiations aux rayons X de la région bulbaire où ne se trouve aucun centre sympathique du système thoraco-lombaire, nous amènent à envisager aussi une action sur le parasympathique.

Nous conclurons donc simplement que ainsi que dans l'asthme et l'angine de poitrine, la Radiothérapie agit comme un médicament de choc par l'intermédiaire du système neurovégétatif avec ses complexes réflexes et humoraux.

III. — Théories humorales ou toxiques

Le lichen ne serait qu'une *réaction cutanée toxinienne*, l'intoxication pouvant être d'origine exogène ou endogène : origine exogène dans le cas d'éruption survenant au cours du traitement par l'arsenic (Du Bois); origine endogène dans les cas où l'éruption fait suite à des troubles gastro-intestinaux.

IV. — Théories microbiennes ou parasitaires

Nous éliminerons d'abord les faits qui ne nous paraissent pas établis à l'heure actuelle d'une manière indiscutable.

Lassar prétend avoir trouvé dans le lichen plan des bactéries en forme de baguettes ; Neisser admet un virus filtrant comme pour les verrues ; Lipschütz prétend que le lichen est provoqué par un virus dermotrope et qu'il a trouvé des microcentres pathologiques ; Leslie admet une infection focale partant des dents ou des amygdales, prouvée par la guérison après suppression du foyer supposé de l'infection.

Bory a décrit l'existence d'une plaque initiale précédant la dissémination du lichen, mais celui-ci débute en des points multiples et généralement symétriques, et d'autre part Pautrier et Hudelo n'ont jamais observé la présence d'une plaque initiale analogue à celle du pityriasis rosé.

Par contre, certains arguments peuvent être retenus :

1° Les nombreux cas de lichens conjuguaux.

2° La disposition corymbiforme des efflorescences papuleuses, dans certains cas.

3° Les nombreux cas de lichen généralisé, évoluant comme une maladie infectieuse avec signes généraux : hyperthermie, prostration, albuminurie, réaction méningée, adénite, et parfois lymphocytose (Pontoppidan).

4° La recrudescence dans une même contrée à des époques déterminées ayant pu faire prononcer le mot d'épidémies.

5° Les apparitions de poussées de lichen plan chez le même individu à des intervalles variant de deux à quarante ans (Briel).

A ces faits, s'opposent les résultats négatifs obtenus par Pautrier dans vingt et un essais d'inoculation du lichen plan à l'homme, soit par inoculations intradermiques, soit par scarifications. Evidemment, l'on pourrait rétorquer avec Bory que pareillement l'on n'a jamais inoculé la lèpre, mais les lésions lépreuses fourmillent de bacilles faciles à mettre en évidence. Les papules du lichen plan seraient-elles alors un mode stérile d'expression à la peau d'une affection microbienne profonde, localisée par exemple au système nerveux ? Cela n'est pas vraisemblable car dans les affections parasitaires généralisées à tout l'organisme et se manifestant par des lésions cutanées, comme la syphilis, la lèpre, la tuberculose, le germe causal est, dans la majorité des cas, saisissable en un point

au moins de l'organisme. On ne peut cependant tenir ces essais négatifs pour franchement probants, car toutes les conditions nécessaires à l'éclosion de ce virus n'ont peut être pas été réalisées : terrain favorable, hôte intermédiaire, inoculations successives, activité et vitalité suffisantes du germe.

Si donc de nombreux faits militent en faveur d'une origine parasitaire ou microbienne du lichen plan, on ne peut affirmer cette origine, vu la stérilité des éléments lichéniens, qui n'a par contre que la valeur d'un examen de laboratoire négatif.

CHAPITRE III

Critique des théories

Si donc pour Samberger et Buscke, le lichen plan n'est qu'une affection cutanée banale prenant un aspect spécifique du fait de la diathèse hyperkératosique du sujet, pour Pautier, Diss et les partisans de la théorie nerveuse, le lichen plan serait dû à l'intervention du système neuro-végétatif avec ses complexes réflexes et humoraux. D'autre part, malgré la stérilité des papules lichéniennes, tout un groupe de faits (lichens conjuguaux, disposition corymbiforme, maladie infectieuse, poussées à époques déterminées) plaide nettement en faveur d'une origine parasitaire ou microbienne.

Ces faits qui ont semblé longtemps s'opposer, nous paraissent pouvoir être conciliés, en admettant l'intrication de ces deux éléments : diathèse et troubles du système neuro-végétatif ; la diathèse hyperkératosique se produisant sous l'influence d'une fonction anormale des glandes à sécrétion interne conjointement avec une activité

défectueuse du système neuro-végétatif, Jaunion, Gauch et Goldberg ont déjà montré les relations existant entre le lichen plan et le système nerveux et l'existence de deux constitutions : constitution peladique associée à la sympathicotonie, et constitution séborrhéique associée à la vagotonie; ces deux constitutions étant les aboutissants extrêmes de toute une gamme de constitutions dans lesquels ces deux influences entrent dans une proportion variable : ainsi par exemple l'aptitude à la parakératose semble croître en allant de la vagotonie à la sympathicotonie, des eczémas séborrhéiques au psoriasis.

D'autre part les troubles nerveux peuvent s'expliquer en admettant une origine microbienne ou parasitaire, soit que l'agent contagieux réside dans le tissu nerveux (hypothèse de Pautrier), soit que le sympathique joue un rôle semblable à celui du neurône sensible dans l'herpès (Neumark).

Nous pouvons donc admettre actuellement que « *l'intervention neuro-sympathique est le « maillon » d'une chaîne complexe de phénomènes, intervenant dans la distribution des réactions prurigineuses, vaso-motrices et trophiques de la peau, mais il se peut que primitivement un microbe, un parasite ou une toxine aient agi en commandant mécaniquement, physiquement ou chimiquement, les perturbations endocrino-végétatives propres au patient considéré.* »

CHAPITRE IV

Pathogénie des trichophytides

La pathogénie des trichophytides : lichen trichophytique, erythème noueux trichophytique, érythème scarlatiniforme, éruptions eczématiformes... a été exposée récemment dans la remarquable thèse de Basch à laquelle nous avons fait de larges emprunts.

Un homme qui a présenté un foyer trichophytique semble sensibilisé vis-à-vis des réensemencements partant du foyer primitif ou vis-à-vis des inoculations toxiniennes, tandis qu'au contraire un cobaye se montre, après une première injection, soit totalement, soit relativement réfractaire à toute nouvelle inoculation ; donc chez le cobaye, l'allergie est dans le sens de l'immunité, chez l'homme elle induie vers une susceptibilité spéciale. Quel est l'antigène agissant sur les téguments allergiques et quelle est sa voie d'arrivée ?

Serait-ce la pénétration dans les follicules par l'orifice cutané des éléments parasitaires issus du foyer trichophytique ? Cette origine exogène est

définitivement abandonnée vu : 1° l'affection simultanée de l'éruption souvent symétrique dès le début; 2° le fait que l'allergie cutanée est maxima au voisinage du foyer primitif (recherches de Peddersen par l'intradermoréaction) expliquant le voisinage fréquent du lichen trichophytique et du premier foyer.

L'antigène est-il alors le parasite transporté par le sang circulant ? Des hémocultures positives ont montré parfois la présence de parasites dans le sang (Sutter, Jenner, Ambrosoli, Sœves,....

Plus récemment Salzberger, après avoir inoculé des cultures d'Achorion Quinckeanum à des cobayes et constaté la présence du parasite dans les lésions cutanées, fit des hémocultures ; sur cent quarante et un ensemencements, seize furent positifs.

Donc, dans quelques cas, les trichophytides sont provoqués par les parasites charriés dans le sang, mais vu la rareté des cas où l'hémoculture se montre négative (ainsi une seule hémoculture positive dans 487 cas de trichphytie profonde observés par Jadassohn), il semble que l'on doive faire intervenir un mécanisme toxinien. Et de fait, on provoque d'une façon constante chez un sujet jeune, sensibilisé par l'évolution d'un foyer primitif, profond, important, l'apparition de trichophytides, soit par des frictions avec la pommade à la trichophytine, soit par des injections intradermiques en série.

Nous conclurons donc : *Chez des sujets sensibilisés par une lésion mycosique, l'injection de trichophytine dans une peau en état d'allergie, ou l'apport par voie sanguine de toxine élaborée dans le foyer initial provoque l'apparition de trichophytides diverses, en particulier de lichen trichophytique. Ce mécanisme explique l'absence au niveau des efflorescences secondaires du parasite du foyer primaire et permet d'établir un parallèle avec les tuberculides et la tuberculine.*

CHAPITRE V

Tests du parasitisme mycosique

Nous venons de voir que le lichen trichophytique traduisait comme les trichophytides une allergie des téguments aux antigènes mycéliens. Mais pareille pathogénie ne serait qu'une affirmation pure s'il n'existait des preuves, des tests de sa réalité.

Nous allons étudier ces tests du parasitisme mycosique et de ses séquelles allergiques. Vu les résultats toujours négatifs de l'ensemencement fait à partir des efflorescences allergiques, ces tests se réduisent à deux : l'intradermoréaction à la trichophytine ; les résultats thérapeutiques, qu'ils soient obtenus par les injections de Lugol, parasiticide électif, ou par les claso-vaccins, spécifiques.

Touzard, dans sa thèse, concluait qu'une intradermoréaction positive au cours des épidermomycoses et des eczémas dit mycosiques montre la sensibilisation de l'organisme aux toxines mycéliennes (épidemophytine, sporotrichine...). Ces toxines donnant une réaction de groupe, Jausion utilise

pratiquement une trichophytine polyvalente, obtenue par filtration de cultures émulsionnées de trichophytons, d'achorions, de microsporons...

Ainsi la trichophytine révèle l'allergie mycélienne comme la tuberculine révèle l'allergie tuberculeuse.

Une réaction positive se traduit après une injection intradermique de 2/10 c.c. de trichophytine, par une papule ou une tache érythémateuse.

Une autre preuve de la sensibilisation de l'organisme aux toxines mycéliennes nous est fournie par l'action thérapeutique de l'iode, qui semble se comporter vis-à-vis des affections mycosiques comme un véritable spécifique.

On peut l'appliquer localement sous forme de Quinosol ou sulfate d'orthoquinoléine (Lortat Jacob et Bidault), ou bien sous forme d'injections intraveineuses de Lugol, traitement par lequel Ravaut a obtenu d'une façon constante des guérisons en quinze à trente jours de malades atteints de kérion et de folliculites trichophytiques. Chez ces malades, l'examen direct des poils avait montré la présence de trichophytons divers, et l'intradermoréaction à la trichophytine avait été positive.

Enfin, après des essais infructueux de Gougerot et Jausion en 1925, de Sézary et Benoist en 1927, de Ravaut et Basch en 1929, Jausion et Sohier ont obtenu des vaccins spécifiques : les clarovaccins préparés par destruction chimique du mycélium dans les conditions suivantes :

1° Ensemencement sur milieux liquides sucrés au miel d'abeille, des épidermophytes les plus usuels : Trichoph. crateriforme, Trich. acuminatum, Microsporon Audouini, Achorion Schœnlenii, Epidermophyton inguinale, Sporotrichum Beurmani.

2° Les souches sélectionnées sont repiquées en eau miellée dans des fioles de Roux inclinées, laissées à l'obscurité et à la température du laboratoire pendant deux mois.

3° La filtration donne d'une part le filtrat-toxine et d'autre part les fragments mycéliens. Ceux-ci sont traités par l'acide nitrique à froid, puis à ébullition au bain-marie pendant une heure, avant neutralisation à la soude normale.

Jausion et Boidé viennent d'améliorer ces claso-vaccins en employant l'acide sulfurique ordinaire et le carbonate de chaux, ce qui donne une boue sulfatée calcique facilement éliminable au lieu de nitrate de soude dont la présence dans les claso-vaccins se traduisait parfois par une hypertonie douloureuse.

4° Le traitement consiste en général en six injections intramusculaires de claso-vaccins, une tous les cinq jours, la première étant de 1/2 c.c., et la dernière de 3 c.c.

5° Sur 45 cas de dermatomycoses, Jausion et Sohier ont obtenu 36 guérisons, de légères améliorations dans six cas de pityriasis versicolor, et trois sujets ont présenté des récidives.

Sur dix-sept cas d'eczématides, quatorze guérisons et trois améliorations.

Ainsi, en présence d'un malade atteint de lésion cutanée d'étiologie présumée mycosique, l'on peut conclure fermement à cette origine, s'il y a positivité de la réaction à la trichophytine et guérison par l'injection de Lugol ou mieux par la vaccinothérapie spécifique, ces deux traitements agissant aussi bien sur les lésions initiales (trichophyties, épidermophyties...) que sur les lésions secondes aparsitaires.

CHAPITRE VI

Observations

Donc l'allergie mycosique soupçonnée par Brocq, prouvée par Bruno Bloch, a été mise en cause par Ravaut, Basch, Rabeau, Jausion et Sohier dans certaines parakésatoses psoriasiformes et dans quelques types d'eczématides (levurides de Ravaut, eczémas mycosiques de Jausion, Cot et Sohier)..

Darier, dans son récent rapport au Congrès de Copenhague a donné le plus vaste écho à ces notions étio-pathogéniques. Et Lortat Jacob groupe ces réactions cutanées sous la rubrique « Dermanaphylatroses » lésions cutanées amicrobiennes ou aparasitaires, consécutives à une lésion originelle microbienne ou parasitaire, survenant à distance et après une incubation variable chez des individus sensibilisés par la lésion originelle.

La lésion initiale, le « chancre parasitaire » de Brocq peut être une trichophytie banale (Kérion), un intertrigo à levures ; les lésions secondes étant alors un lichen trichophytique, une levuside, une

eczématide, une parakératose psoriasiforme ou pityriasiforme. Les microbes sont donc capables d'engendrer pareille allergie dont Jausion et Lenègre ont, les premiers, apporté la preuve.

La succession clinique d'un lichen légitime et une épidermophytie indiscutable a déterminé Jausion à rechercher si entre ces deux ordres de manifestations il n'existait pas plus qu'un lien fortuit. Dans cinq cas étudiés, la preuve d'une origine mycosique a pu être rigoureusement administrée.

Observation I. — Sergent Bar..., 22e S. I. M., vient en consultation pour la première fois le 14 juin 1929. Il aurait souffert au Maroc, en 1927, d'une éruption papuleuse et prurigineuse qualifiée de « gale bédouine ».

L'examen montre :

1° Sur la face dorsale des mains et des pieds et sur la cuisse gauche des papules rouge foncé, de consistance ferme, d'un dessin nettement polygonal. Leur surface porte un fin réseau grisâtre : elles ont peu de tendance à confluer. Elles sont faiblement prurigineuses.

2° Sur la cuisse droite et sur le bras correspondant, deux placards de parakératose psoriasiforme ayant les dimensions d'une pièce de deux francs.

Le grattage méthodique en détache quelques squames blanches, peu adhérentes, sans aboutir ni à une pellicule décollable, ni au piqueté hémorragique d'Auspitz ; seule se produit une hémorragie en nappe irrégulière.

3° Sur la face interne de la cuisse droite, une plaque d'érythrasma, à contours nets, à surface plane, farineuse, de coloration brune.

La cuisse gauche ne présente pas d'élément analogue.

Il n'y a d'éruption ni buccale, ni linguale.

Du 14 juin au 9 août 1929, traité par autohémothérapie et injections associées de stovarsolate de pyridine, le malade est très amélioré.

En février 1930, survient une rechute, caractérisée par une éruption lichénienne typique, de même siège que précédemment, et un regain très marqué de l'érythrasma qui vient d'être décrit.

Une intradermoréaction tricho-épidermophytique, faite le 12 février, est fortement positive le 14, alors que le témoin est négatif.

Une biopsie du 27 février, portant sur une papille en régression de la face externe de la cuisse droite, montre une légère hyperplasie épithéliale, avec hyperkératose et sans modification de la couche granuleuse. Le derme est le siège d'un infiltrat lymphohistiocytaire, plus spécialement périvasculaire.

En aucun point on ne trouve,, ni la nappe lymphocytaire à limite nette, ni l'effacement des papilles caractéristiques du lichen plan.

Les 19 et 25 février, les 3, 10, 17 mars, nous injectons 1/2, 1, 1 1/2, 2 enfin 2 cm.c. 1/2 de polymyco-vaccin.

La régression des lésions est très rapide. Le patient est actuellement guéri.

Observation II. — Lieutenant Ber..., 2e A. E. C., 29 ans. En septembre 1929, le malade voit apparaître, sur l'abdomen et les avant-bras, une éruption prurigineuse dont la progression l'amène à notre consultation le 21 janvier 1930.

Il se présente alors avec :

1° des papules typiques de lichen plan, à surface lisse et brillante, et de couleur rouge cuivré. Le diamètre, quoique variable, de ces éléments, ne dépasse nulle part 3 ou 4 millimètres. Ces lésions siègent sur l'abdomen, les flancs, la face antérieure des avant-bras, la région lombaire (Fig. 1).

2° Un réseau blanc dentelé ou arborescent se détachant sur le fond normal de la muqueuse des deux parois jugales. Sur la langue, se voient des plaques opalines de petites dimensions, d'où sortent par endroits de rares papilles, qui en découpent irrégulièrement la surface.

3° Des médaillons isolés et disséminés de parakératose pityriasiforme, à surface rosée et finement squameuse, à bords nets et légèrement surélevés, à évolution excentrique, sur l'abdomen et dans la région lombaire.

4° Deux vastes placards très développés d' « eczéma marginatum » à la face interne des cuisses. Leur bord, nettement arrêté, est surmonté par endroits de papulo-vésiculettes et aussi de squames.

Le centre est bistre, lissé, furfuracé. Chronologiquement cette dernière lésion paraît avoir été la première ; ainsi semblerait en témoigner son degré d'évolution. Le malade en a oublié le début et l'impute aux frictions répétées des séances d'équitation. Puis sont apparus en septembre 1929 les placards pityriasiformes ; en décembre 1929 les papules lichéniennes, puis enfin l'éruption buccale.

Nous procédons à divers examens : les réactions de Bordet-Wassermann et de Jacobsthal sont négatives, et le Vernes est à 0 de densité optique, le 23 janvier 1930. L'intradermo-réaction tricho-épidermophytique, datant du 21, est légèrement positive le 23, le test témoin étant resté négatif.

L'ensemencement sur gélose de Sabouraud des squames des placards inguinaux, fait le 21 janvier, produit après six jours un léger duvet d'un blanc jaunâtre. La culture prend ultérieurement les caractères macro et microscopiques d'Epidermophyton inguinale.

La biopsie d'une papule lichénienne de la région abdominale, prélevée le 22 janvier 1930, est significative de lichen plan. L'on y voit un fragment d'épithélium malpighien, à revêtement corné, présentant au centre de la préparation des lésions épithéliales, caractérisées par une hyperkératose légère, une hypertrophie irrégulière de la couche granuleuse, et, en un point, un aplatissement du corps muqueux. Les papilles, notablement élargies et étalées sont le siège d'un infiltrat lymphocytaire s'étendant en nappe jusqu'à la partie supérieure du chorion, où il se limite nettement par une ligne horizontale, sensiblement parallèle à l'épiderme. Le reste du derme et l'hypoderme sont normaux. Nous traitons alors le malade par le myco-vaccin modifié (clasine mycélienne de Jausion et Boidé). Nous injectons par voie hypodermique, les 27 janvier, 1, 6, 11, 17, 22, 27 février et 5 mars, 1/2, 1, 1 1/2, 2, 2 1/2 puis 3 cm.c. du produit.

Au début de mars, le blanchiment est à peu près complet. Seules persistent sur les téguments, les cicatrices pigmentaires des papules, et sur la face interne des cuisses les aires brunes et finement épidermisées de l'eczéma marginatum guéri. Les lésions buccales sont très atténuées, sinon totalement disparues.

Une légère récidive marquée par 5 à 6 papules sur l'abdomen et l'avant-bras gauche, légitime, à partir du 5 mai, six nouvelles injections de myco-vaccin, suivant la même posologie progressive les 6, 9, 14, 19, 23 et 27 mai.

La guérison paraît actuellement complète.

Observation III. — Commandant Br..., 43 ans. Lors de la première consultation, le 15 février 1930, le malade raconte que ses lésions tégumentaires remontent à deux ans. Une première fois, pendant l'été 1928, il aurait présenté, au moment des grandes chaleurs, une simple desquamation en aire des mains. En 1929, même début saisonnier d'une dermatose qui, cette fois, passée la phase desquamative, devient franchement papuleuse, et dont les éléments rose vif occupent les deux paumes. De nouvelles poussées éruptives modifient encore l'aspect des lésions, qui s'étendent aux poignets et aux avant-bras jusqu'aux coudes, cependant que le prurit s'accentue.

A l'examen, nous constatons :

1° Dans les deux régions palmaires et principalement à droite, des papules cornées qui donnent à première vue l'impression de vésicules. Elles occupent surtout le creux de la main et l'éminence thénar.

2° Sur les poignets et les avant-bras, un semis de papules polygonales, larges de 1 à 2 millimètres. Certaines sont de coloration jaunâtre, d'autres d'un brun rouge. Toutes ont une surface lisse, brillante et totalement dépourvue de squames. Les plus volumineuses montrent en leur centre une légère ombilication. Sur quelques-unes, l'on remarque un fin réseau blanchâtre.

Le reste du tégument est net, sans la moindre cicatrice, sans trace de mycose, ni ancienne, ni évolutive.

3° Dans la bouche, sur les muqueuses jugales, la droite en particulier, se voient des taches blanches, légèrement opalines, noyées dans un réseau, dont l'aspect en « feuille de fougère » est parfaitement classique.

L'intradermo-réaction tricho-épidermophytique est pratiquée le 17 février 1930, à l'avant-bras droit ; une inoculation témoin à l'eau miellée est faite à gauche. Le 19 le foyer droit est le siège d'un érythème intense et

sur cette aire légèrement infiltrée, sont sorties de nombreuses petites papules rosées, brillantes, lichéniformes.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative le 22 février 1930.

Une papule de la face antérieure de l'avant-bras est biopsée et l'examen montre : un épithélium malpighien cutané, présentant au centre du fragment une hyperplasie, caractérisée par une légère hyperkératose, une granulose irrégulière et de l'acanthose. Sous cet épithélium les papilles dermiques sont très aplaties et envahies, ainsi que la partie supérieure du chorion, par un infiltrat lymphocytaire ,dessinant une bande à limite inférieure nettement arrêtée. Il n'existe ni lésions du derme sous-jacent, ni lésions vasculaires. Sur les bords de la préparation on retrouve un épiderme et un derme normaux.

Bref, il s'agit d'une papule de lichen plan cutané typique. Tous essais culturaux, à partir des lésions, avant et après biopsie, sont négatifs.

Du 6 mars au 25 juin, nous traitons alors le patient par nos clasines polymycosiques, d'abord sous forme de 14 injections hypodermiques de 1/2, 1, 2, 2 1/2, 3... et pour terminer cinq intradermiques de 2/10 de cm.c. du même vaccin.

L'amélioration est très grande dès la 9e injection et porte en premier lieu sur l'infiltrat des lésions cutanées, puis sur les lésions buccales qui s'atténuent progressivement.

Actuellement les papules cornées des mains sont complètement effacées, les éléments des deux avant-bras sont très notablement améliorés, les lésions buccales ont presque totalement disparu.

Observation IV. — Mlle Vie..., infirmière de l'Assistance, est vue à la consultation le 22 janvier 1930. Les lésions qu'elle vient soumettre à notre examen évoluent depuis deux mois. Elles procéderaient, dit la patiente, d'une contamination et seraient apparues 15 jours environ après des pansements fréquents faits à une femme atteinte d'intertrigo sous-mammaire très évolué.

Le tégument paraît avoir été indemne de toute affection avant ces accidents. L'on ne révèle dans les anamnestiques qu'une pyélonéphrite colibacillaire en novembre 1928. Après elle, s'est installée une albuminurie persistante. Le début de l'éruption actuelle s'est fait aux avant-bras et aux coudes, puis les bras, le cou, la face externe des cuisses, le sein gauche enfin, ont été successivement atteints. Très prurigineuses les lésions représentent des papules ovalaires, de 1 à 1 1/2 cm. de grand axe. Leur surface est très finement squameuse, quadrillée, à bords légèrement surélevés, tandis que leur centre déprimé paraît de consistance plus molle. Partout elles affectent le même aspect, ne différant entre elles que par leurs dimensions. Elles dépassent les chiffres moyens, que nous venons d'indiquer, à la cuisse gauche, où leur surface atteint la dimension d'un écu.

Au pourtour de quelques éléments de l'avant-bras et seulement à ce niveau, l'on note de petites papules brillantes, polygonales, à surface lisse et de coloration jaunâtre.

Elles ont suscité, de la part de deux dermatologues antérieurement consultés, le diagnostic ferme de lichen plan.

La muqueuse buccale est d'aspect normal.

L'examen de la face interne des cuisses, des aisselles, des plis sous-mammaires, des espaces interdigitaux, ne décèle aucune lésion mycosique en évolution.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Jacobstahl sont négatives et le Vernes est à 0 de densité optique.

L'intradermoréaction tricho-épidermophytique, pratiquée le 1er mars 1930, est franchement positive au bout de trois jours.

L'ensemencement systématique de squames et de produits de râclage de diverses papules n'aboutit, sur gélose de Sabouraud, à aucune culture.

Une biopsie, faite au niveau d'un élément papuleux du bras, montre un fragment d'épithélium malpighien à revêtement corné, présentant une hypertrophie du corps muqueux avec hypergranulose irrégulière et hyperkératose légère.

Au-dessous se voit un derme dont les papilles, très légèrement aplaties, sont remaniées par un infiltrat, presque uniquement lymphocytaire. Cet infiltrat dense a une limite inférieure linéaire, horizontale, à partir de laquelle le reste du derme et l'hypoderme sont sensiblement normaux, exception faite de quelques infiltrats peu vasculaires.

Il s'agit donc d'un lichen plan cutané très légèrement atypique.

La malade, après diagnostic, a été soumise, par son premier médecin, à deux séances de radiothérapie, sans aucune efficacité un mois après.

Nous traitons la patiente, à dater du 25 février 1930, par huit injections de vaccin polymycosique, échelonnées, les 5 premières jusqu'au 21 mars, les trois dernières à intervalles très irréguliers jusqu'au 25 avril.

La posologie, croissante, est celle que nous utilisons d'ordinaire. La 5e injection, intrafessière, est de résorption partiellement difficile. La malade, très améliorée dès la 3e intervention, est pratiquement à guérison le 21 mars

et c'est pourquoi, nos derniers traitements ont seulement pour but de consolider son état.

Les papules s'aplatissent, puis se ramollisent en leur centre.

Leur épaisseur diminue graduellement, et le prurit s'atténue.

Actuellement, la guérison est complète.

Observation V. — Barb..., 21 ans, 1er G. O. A. remarque pour la première fois en mai 1929, qu'il présente sur la langue et sur la face interne de la joue gauche deux petites taches blanches qu'il juge insignifiantes. C'est à l'occasion d'un examen général que, tout dernièrement, le médecin de son groupe découvre les lésions actuelles fort importantes.

A notre consultation du 3 juin dernier, le patient nous montre :

1° Un placard blanc opalin ,brillant, couvrant en largeur la moitié de la langue et en longueur ses trois-quarts postérieurs.

Les contours peu nets figurent de loin en loin des arborisations ; par endroits émergent quelques papilles d'un rouge clair.

2° Au niveau de la muqueuse jugale, un véritable espalier d'arborisations blanchâtres se dessine sur le fond rouge normal, évoquant les classiques comparaisons de « lambeaux de dentelle » et de « feuilles de fougère ».

L'examen du tégument ne révèle aucune lésion papuleuse d'aspect lichénien, mais seulement au niveau des régions découvertes quelques papules ortiées en rapport avec des piqûres de punaises.

Nous ne pouvons déceler le moindre foyer, récent ou ancien, de dermatomycose ; cependant le patient est porteur de trichomycose axillaire.

Il nie tout antécédent spécifique et son Bordet-Wassermann est négatif le 6 juin 1930.

L'intradermo-inoculation tricho - épidermophytique, faite le 3 juin 1930 donne, un peu tardivement il est vrai, mais de façon nette, une réaction franchement érythémateuse, avec légère infiltration du diamètre d'une pièce de deux francs.

Un ensemencement sur gélose de Sabouraud et sur sérum coagulé fait à partir des lésions buccales ne produit, après 15 jours, ni hyphomycète, ni levure.

La biopsie ne peut être pratiquée du fait du malade.

Le traitement n'est qu'entamé, puisque du 12 juin au 23 juin, nous n'intervenons qu'avec 3 injections de 1/2, 1 et 1 1/2 cm.c. de vaccin polymycosique.

A la date du 27 juin, les lésions de la langue régressent rapidement, de l'aveu même du patient, qui retenu par ses obligations militaires ne pourra être revu qu'ultérieurement.

CHAPITRE VII

Interprétation des observations

De ces cinq observations, les quatre dernières se rapportent à des lichens plans typiques. Le premier cas, par contre, peut être considéré comme une réaction lichénienne seconde, au cours d'un érythrasma. Cependant les formations pathologiques n'y sont point folliculaires, comme dans les trichophytides lichéniformes de Jadassohn. Il faut noter aussi que les papules du deuxième patient, histopathologiquement typiques, sont également apparues au cours d'une mycose, provocatrice d'autres allergides, médaillons parakératosiques en l'espèce. Et pourtant le malade signait la réalité de son lichen plan cutané, d'arborisations jugales indiscutables. D'ailleurs les cinq éruptions ont été, nettement bien qu'inégalement, influencées par le traitement que nous considérons comme spécifique des mycoses, à savoir les injections de clasines polymycosiques, et les cinq malades ont présenté une intradermoréaction positive à la trichoepidermophytine, ce qui répond à l'objection que l'on

pourrait nous faire d'une guérison spontanée de lichen authentique car nous n'avons obtenu de réaction positive que chez des mycosiques avérés. De plus le traitement mycovaccinal ne nous a donné aucun résultat dans le traitement des dermatoses autres que les mycoses, ainsi par exemple, nous n'avons modifié de psoriasiques que ceux dont l'éruption générale avait succédé à une épidermophytie inguinale intense et étendue (ce fait posé d'ailleurs incidemment, la question de l'origine myco-allergique de certains cas de psoriasis et Ravaut a abordé récemment au moyen de l'intradermo-réaction levurique ce problème de l'étiologie du « catarrhe sec ».)

Nos observations montrent donc que certains lichens plans indiscutables se sont comportés comme des mycosides, des lichens trichophytiques en particulier.

Ces faits nous amènent à penser que le lichen plan cutané, entité morbide, peut être, dans certains cas du moins, la manifestation d'une allergie aux antigènes mycéliens. Ce lichen légitime ne serait pas d'une essence très différente de celle du lichen trichophytique, réaction grossièrement lichénoïde.

Pareillement nous avons vu certains dermatologues faire du lichen nitidus une tuberculide tandis que d'autres, avec Civatte le rattachaient au lichen plan, et cela malgré des différences histologiques assez marquées : formations giganto-cellulaires et parakératose du lichen trichophytique op-

posées à l'infiltrat lymphocytaire nettement limité, l'hypergranulose et la disposition en coupoles des papilles du lichen plan.

La thèse de l'allergie mycosique dans le lichen plan ne s'oppose pas davantage aux différentes théories pathogéniques jusqu'ici produites ; elle concilierait au contraire les opinions dont la journée de Strasbourg nous a montré la profonde diversité.

Nous avons déjà vu que les diathèses et le système neuro-végétatif avaient entre eux maintes relations essentielles, et il est de toute évidence que les parakératoses psoriasiformes postmycosiques ne se manifestent, après imprégnation tricho ou épidermophytique première, que chez ceux des parasités susceptibles de répondre suivant le mode parakératosique.

Ainsi, théorie diathésique de Buscke et Samberger, théorie neurogène de Besnier, Defile, Hebra, Pautrier et Diss, Espinosa,... théorie infectieuse de Lassar, Neisser, Brocq, Bory... pourraient converger en une seule pathogénie, celle de l'allergie dont nous admettons bien la vraisemblance en matière de manifestations secondes des mycoses.

Nous nous garderons cependant de conclure que le lichen plan cutané est toujours la manifestation d'une allergie aux antigènes mycéliens, car ces cinq cas sont une bien faible expérience que notre recul du temps, insuffisant, ne nous permet pas de juger comme il convient.

CONCLUSIONS

I. — Les diverses hypothèses relatives à la pathogénie du lichen plan peuvent se concilier en admettant une prédisposition spéciale propre à l'individu, la diathèse hyperkératosique ; cette diathèse étant elle-même conditionnée par la fonction anormale des glandes endocrines, conjointement à une activité défectueuse du système neuro-végétatif ; ainsi s'expliquerait la distribution neuromérique.

Ces deux conditions ne s'opposent d'ailleurs nullement à l'action primitive ni d'un germe microbien ou parasitaire, ni d'un virus inconnu, ni encore de l'ébranlement allergique qu'ils pourraient secondairement déterminer.

II. — Le lichen trichophytique survient chez des sujets sensibilisés par une lésion mycosique, à la suite d'une injection de trichophytine dans une peau en état d'allergie ou d'un apport par voie sanguine de la toxine élaborée dans le foyer initial.

III. — Cette sensibilisation de l'organisme aux déchets mycéliens se traduit par une intradermoréaction positive à la trichophytine ; elle est prou-

vée par la guérison rapide à la suite d'injections de claso-vaccins ou de solution de Lugol.

IV. — Cinq malades atteints de lichen plan indiscutable chez lesquels l'intradermoréaction a été positive, ont été rapidement guéris par l'injection de claso-vaccins.

V. — Ces observations nous amènent à conclure que le lichen plan cutané, entité morbide, pourrait être, dans certains cas du moins, la manifestation d'une allergie tégumentaire aux antigènes mycéliens.

BIBLIOGRAPHIE

Amberg. — « The cutaneous triochophytis réaction ». (Journal of Exper. méd. XII, 1910, p. 135).

Ambrosoli. — « Présence d'achorion Schœnlernii dans le sang circulant d'un teigneux ».
I. Policlino, t. XXXIV, Fasc. 14, 4 avril 1927.
« Coltura di trichophytum gypseum al sangue circulante in tricofizia profonde conlichen trichophyticus».

Basch. — « Réactions Humorales au cours des Trichophyties ». Thèse Paris 1925.

Beurmann (De) et *Gougerot.* — Intradermoréaction sporotrichosique (Sc. méd. des Hôp., 9 juin 1909).

Block (Br.). — Les Trichophytides (Am. Demato et Syph. 1921 n° 1 et n° 2).

Bloch (Br.). — « Rôle idiosyncrasie et allergie en dermatologie » (Annales Dermato 1929, p. 662).

Bloch (Bruno). — Die trichophytien (Mediz Klnik n° 51, (Congrès dermat. et Syph. Strasbourg, juillet 1923). p. 1908.

Bory. — Le lichen plan est-il contagieux et inoculable (Congrès demat. et Eyph. Srasbourg, juillet 1923).

Briel. — « Uber Spatformen des lichen ruber ».

Brocq. — Précis atlas de pratique dermatologique. (Paris in-8° 1921).

Chen. — Thèse Bordeaux 1924 : « Le lichen plan chez les enfants ».

Coca et Cooke. — « On the classification of the Phenomena of hypertensitiveners (Journal of Inmenology 1923).

Darier. — Précis Dermatologie 1928.

Déruas. — Thèse Paris 1926 : « Valeur du traitement radiothérapique du lichen plan ».

Dogali. — « Il Dermosifiligrafo », nov. 1928 (Bull. Soc. Méd. Hôpitaux, p. 433).

Espinosa. — Thèse Paris 1929.
« Physiothérapie du lichen plan. Les conclusions pathologiques que l'on peut en tirer ».

Feldmann. — « Lichen planus ni a husband and wife ». Archiv. of Dermato and Syph., mai 1922, p. 584.

Gernez. — « Inoculation cutanée et défense de l'organisme. L'intradermo réaction et l'intra-inoculation ». Thèse, Lille 1924.

Gougerot. — « Eruption lichénoïde déclanchée par l'or : transformation en lichen plan typique. »
(Bulletin S. Fr. Dr. et S. n° 4, avril 1929, p. 356.)
« Lichen plan sur cicatrice de zona localisé strictement aux cicatrices. Lichen spinulosus associé ».
(Archives Dermato S. de la Clinique Hôp. St-Louis.)
t. I, n° 1, mai 1929, p. 189.
« Formes atypiques des lichens ».
(Journal des Praticiens, 25 sept. et 2 octobre 1926.)
« Biopsie dermatite lichénoïde et purpurique. »
(Bull. S. Fr. Dermato et E. n° 6, 13 juin 1929.)
« Mycoses ».
Bull. Soc. Dermat., 16 mai 1929. p. 442.
« Les complexes dermatologiques des plis et leur traitement ».
(Monde Médical, 15 sept. 1930, p. 777).
« Lichen plan, échec, radiothérapie ».
(Bull. Soc. Dermato, mars 1926, p. 191).

Gouin et *Bienvenue.* — « Un cas de L. Plan cutané généralisé guéri par la radiothérapie axillaire ».
S. Fr. Dermato et E., 14 fév. 1929.
« De la radiothérapie du sympathique dans les dermatoses ».

(J. de R. et d'E., T. XI, n° 3, mars 1927, page 128).
« Résultats de la radiothérapie fonctionnelle sympathique dans les erythrocyanoses sus-malléolaires et troubles associés, et dans l'hyposphyxie, la maladie de Raynaud, les ulcères de jambe ».
(Bull. Soc. Fran. Dermato et suppl. n° 9, déc. 1928, p. 924.)
« Lichen plan et radiothérapie superficielle ».
(Soc. Demato et suppl. 2, S. 1927.)

Hallopeau et *Ribot.* — « Sur l'évolution d'un lichen plan circiné et sa plaque initiale ».
(Bull. et Soc. Dermato, 1902, p. 292.)

Hadelo, Chéne et *Sigwald.* — « L'intradermoréaction aux vaccins antistrepto et antistaphylococciques au cours des épidermites microbiennes et eczématiformes. »
(Bull. de Soc. Demato et Syphilit., 12 juillet 1928, p. 613.)

Jadassohn. — « Uber die Trichophytien ».
(Berlin Klinick Woch, 1918, p. 489.)

Jausion et *Gauch.* — « Constitutions dermatologiques ».
P. Médicale n° 48, 15 juin 1929.

Jausion et *P. Sohier.* — « Les claso-vaccins, vaccinothérapie des dermatomycoses et de leurs séquelles allergiques ».
(Pr. Médicale n° 57, 7 mai 1930, p. 621.)

Jausion, Cot et *Sohier.* — « Eczémas pyoccocciques et mycosiques ».
(Pr. Médicale, 9 mars 1929.)

Jenner. — « Zur Pathogène des Trichophytides ».
(Arch. für Demat. und suppl., oct. 1921.)

Journée du Lichen Plan. — Réunion Dermatologique, Strasbourg 1927. — Rapports Brocq, Petges, Sabouraud, Pautrier et Diss, Lévy, Jeanselme, Hudelo, Hufschmit, Ravaut, Gouin et Bienvenue, Louste, Gay Prieto, Kogoj, Samberger.

Lachowski. — Troubles algotrophiques et Radiothérapie ».
Thèse Paris 1929.